

**แบบประเมินตนเอง (SDQ) (ฉบับนักเรียนประเมินตนเอง)**  
**ชื่อ-สกุล(เด็กชาย/เด็กหญิง)**

\_\_\_\_\_ **ชั้น**

\_\_\_\_\_ **เลขที่** \_\_\_\_\_

วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ ☐ ☒ **เพศ** **ชาย**

**หญิง**

**คำชี้แจง** ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

| พฤติกรรมประเมิน                                                           | ไม่จริง                  | อาจจะจริง                | จริง                     |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ฉันพยายามจะทำตัวดีกับคนอื่น ฉันใส่ใจกับความรู้สึกคนอื่น                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. ฉันไม่อยู่นิ่ง ฉันนั่งนาน ๆ ไม่ได้                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. ฉันปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบายบ่อย ๆ                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. ฉันเต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้คนอื่น (ของกิน เกม ปากกา เป็นต้น)            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. ฉันโกรธแค้น และมักอารมณ์เสีย                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ฉันชอบอยู่คนเดียว ฉันชอบเล่นคนเดียวหรืออยู่ตามลำพัง                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. ฉันมักทำตามที่คุณอื่นบอก                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. ฉันขี้กังวล                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. ใคร ๆ ก็ฟังฉันได้ถ้าเขาเสียใจ อารมณ์ไม่ดีหรือไม่สบายใจ                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. ฉันอยู่ไม่สุข วุ่นวาย                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. ฉันมีเพื่อนสนิท                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. ฉันมีเรื่องทะเลาะวิวาทบ่อย ฉันทำให้คนอื่นทำอย่างที่คุณต้องการได้      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ฉันไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย ๆ                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. เพื่อน ๆ ส่วนมากชอบฉัน                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. ฉันวอกแวกง่าย ฉันรู้สึกว่ามีสมาธิ                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. ฉันกังวลเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และเสียความเชื่อมั่นในตนเองง่าย | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ฉันใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. มีคนว่าฉันโกหก หรือขี้โก่งบ่อย ๆ                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. เด็ก ๆ คนอื่น ล้อเลียนหรือรังแกฉัน                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ฉันมักจะอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. ฉันคิดก่อนทำ                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ฉันเอาของของคนอื่นในบ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. ฉันเข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ฉันขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ฉันทำงานได้จนเสร็จ ความตั้งใจในการทำงานของฉันดี                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**คุณมีความเห็นหรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่**

\_\_\_\_\_

|                         |   |       |
|-------------------------|---|-------|
| คะแนนด้านที่            | 1 | แปลผล |
| คะแนนด้านที่            | 2 | แปลผล |
| คะแนนด้านที่            | 3 | แปลผล |
| คะแนนด้านที่            | 4 | แปลผล |
| รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน     |   | แปลผล |
| คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม |   | แปลผล |

โดยรวมเธอคิดว่าตัวเองมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่

☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน

☐ ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

☐ น้อยกว่า 1 เดือน

☐ 1 – 5 เดือน

☐ 6 – 12 เดือน

☐ มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เธอรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเธอในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

|                     | ไม่                      | เล็กน้อย                 | ค่อนข้างมาก              | มาก                      |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ความเป็นอยู่ที่บ้าน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| การคบเพื่อน         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| การเรียนในห้องเรียน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| กิจกรรมยามว่าง      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ปัญหานี้ทำให้คนรอบข้างเกิดความยุ่งยากหรือไม่ (ครอบครัว เพื่อน  
ครู เป็นต้น)

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล

แบบประเมินตนเอง (SDQ) (ฉบับครูเป็นผู้ประเมินนักเรียน)  
ชื่อ-สกุลนักเรียนที่ได้รับการประเมิน(ด.ช./ด.ญ.)

วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ พศ \_\_\_\_\_ ชาย

หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับ  
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

| พฤติกรรมประเมิน                                                              | ไม่จริง                  | อาจจะจริง                | จริง                     |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น)               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. เป็นที่พึ่งได้เวลาที่อื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือไม่สบายใจ                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. มีเพื่อนสนิท                                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น                                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. เครียดไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ชอบโกหก หรือขี้โกง                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                      |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ขอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. คิดก่อนทำ                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ชีกลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

คุณมีความเห็นหรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่

|                     |                      |       |
|---------------------|----------------------|-------|
| คะแนนด้านที่ 1      | <input type="text"/> | แปลผล |
| คะแนนด้านที่ 2      | <input type="text"/> | แปลผล |
| คะแนนด้านที่ 3      | <input type="text"/> | แปลผล |
| คะแนนด้านที่ 4      | <input type="text"/> | แปลผล |
| รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน | <input type="text"/> | แปลผล |

คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม  แปลผล

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่

☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน

☐ ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไปนี้

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

☐ น้อยกว่า 1 เดือน

☐ 1 – 5 เดือน

☐ 6 – 12 เดือน

☐ มากกว่า 1 ปี

ปัญหานี้ทำให้เธอรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

☐ ไม่เลย

☐ เล็กน้อย

☐ ค่อนข้างมาก

☐ มาก

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

|     |          |             |     |
|-----|----------|-------------|-----|
| ไม่ | เล็กน้อย | ค่อนข้างมาก | มาก |
|-----|----------|-------------|-----|

การคบเพื่อน  
การเรียนในห้อง  
เรียน

|                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

- ☐ ไม่เลย ☐ เล็กน้อย  
☐ ค่อนข้างมาก ☐ มาก

ลงชื่อ

ครูผู้สอน / ครูประจำชั้น / อื่น ๆ (โปรด  
ระบุ) \_\_\_\_\_

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_

พ.ศ. \_\_\_\_\_

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล

แบบประเมินตนเอง (SDQ) (ฉบับผู้ปกครองเป็นผู้ประเมินนักเรียน)  
ชื่อ-สกุลนักเรียนที่ได้รับการประเมิน(ด.ช./ด.ญ.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ชั้น \_\_\_\_\_ เลขที่ \_\_\_\_\_  
วัน/เดือน/ปีเกิด \_\_\_\_\_ เพศ \_\_\_\_\_ ชาย

หญิง

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องท้ายหัวข้อให้ครบทุกข้อ กรุณาตอบให้ตรงกับ  
ความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือน

| พฤติกรรมประเมิน                                                | ไม่จริง                  | อาจจะจริง                | จริง                     |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. ห่วงใยความรู้สึกคนอื่น                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. อยู่ไม่นิ่ง นั่งนิ่ง ๆ ไม่ได้                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. มักจะบ่นว่าปวดศีรษะ ปวดท้อง หรือไม่สบาย                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. เต็มใจแบ่งปันสิ่งของให้เพื่อน (ขนม, ของเล่น, ดินสอ เป็นต้น) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. มักจะอาละวาด หรือโมโหง่าย                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. ค่อนข้างแยกตัว ชอบเล่นคนเดียว                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. เชื่อฟัง มักจะทำตามที่ผู้ใหญ่ต้องการ                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. กังวลใจหลายเรื่อง ดูวิตกกังวลเสมอ                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

|                                                                               |                          |                          |                          |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 9. เป็นที่พึงได้เวลาที่อื่นเสียใจ อารมณ์ไม่ดี หรือ ไม่สบายใจ                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. อยู่ไม่สุข วุ่นวายอย่างมาก                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. มีเพื่อนสนิท                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. มักมีเรื่องทะเลาะวิวาทกับเด็กอื่น หรือรังแกเด็กอื่น                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. ดูไม่มีความสุข ท้อแท้ ร้องไห้บ่อย                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. เป็นที่ชื่นชอบของเพื่อน                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. วอกแวกง่าย สมาธิสั้น                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. เครียด ไม่ยอมห่างเวลาอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้น และขาดความเชื่อมั่นในตนเอง | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. ใจดีกับเด็กที่เล็กกว่า                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. ชอบโกหก หรือขี้โกง                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. ถูกเด็กคนอื่นล้อเลียนหรือรังแก                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. ชอบอาสาช่วยเหลือคนอื่น (พ่อแม่, ครู, เด็กคนอื่น)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. คิดก่อนทำ                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. ขโมยของที่บ้าน ที่โรงเรียน หรือที่อื่น                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. เข้ากับผู้ใหญ่ได้ดีกว่าเด็กวัยเดียวกัน                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. ขี้กลัว รู้สึกหวาดกลัวได้ง่าย                                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. ทำงานได้จนเสร็จ มีความตั้งใจในการทำงาน                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

คุณมีความเห็นหรือความกังวลอื่นอีกหรือไม่

คะแนนด้านที่ 1  แปลผล

คะแนนด้านที่ 2  แปลผล

คะแนนด้านที่ 3  แปลผล

คะแนนด้านที่ 4  แปลผล

รวมคะแนนทั้ง 4 ด้าน  แปลผล

คะแนนสัมพันธภาพทางสังคม  แปลผล

โดยรวมคุณคิดว่าเด็กมีปัญหาในด้านใดด้านหนึ่งต่อไปนี้หรือไม่ :

ด้านอารมณ์ ด้านสมาธิ ด้านพฤติกรรม หรือความสามารถเข้ากับผู้อื่น

☐ ไม่

☐ ใช่ มีปัญหาเล็กน้อย

☐ ใช่ มีปัญหาชัดเจน

☐ ใช่ มีปัญหาอย่างมาก

ถ้าตอบว่า “ไม่” ไม่ต้องตอบข้อต่อไป

ถ้าตอบว่า “ใช่” กรุณาตอบข้อต่อไป

ปัญหานี้เกิดขึ้นมานานเท่าไรแล้ว

- |                                           |                                       |
|-------------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> น้อยกว่า 1 เดือน | <input type="checkbox"/> 1 – 5 เดือน  |
| <input type="checkbox"/> 6 – 12 เดือน     | <input type="checkbox"/> มากกว่า 1 ปี |

ปัญหานี้ทำให้เด็กรู้สึกไม่สบายใจหรือไม่

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เลย      | <input type="checkbox"/> เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> ค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มาก      |

ปัญหานี้รบกวนชีวิตประจำวันของเด็กในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้หรือไม่

|                         | ไม่                      | เล็กน้อย                 | ค่อนข้าง<br>มาก          | มาก                      |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| ความเป็นอยู่ที่บ้าน     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| การคบเพื่อน             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| การเรียนในห้อง<br>เรียน | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| กิจกรรมยามว่าง          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ปัญหาของเด็กทำให้คุณหรือชั้นเรียนเกิดความยุ่งยากหรือไม่

- |                                      |                                   |
|--------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ไม่เลย      | <input type="checkbox"/> เล็กน้อย |
| <input type="checkbox"/> ค่อนข้างมาก | <input type="checkbox"/> มาก      |

ลงชื่อ

\_\_\_\_\_  
พ่อ / แม่ / อื่น ๆ (โปรดระบุ)

วันที่ \_\_\_\_\_ เดือน \_\_\_\_\_ พ.ศ. \_\_\_\_\_

คะแนนรวมแบบประเมินด้านหลัง

แปลผล